

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

203

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Isaac H. GOLDENBERG

Né à Craïova (Roumanie), le 29 novembre 1906

Contribution à l'Étude

du

Décollement traumatique du Placenta
au cours de la Gestation

Président : M. COUVELAIRE, professeur

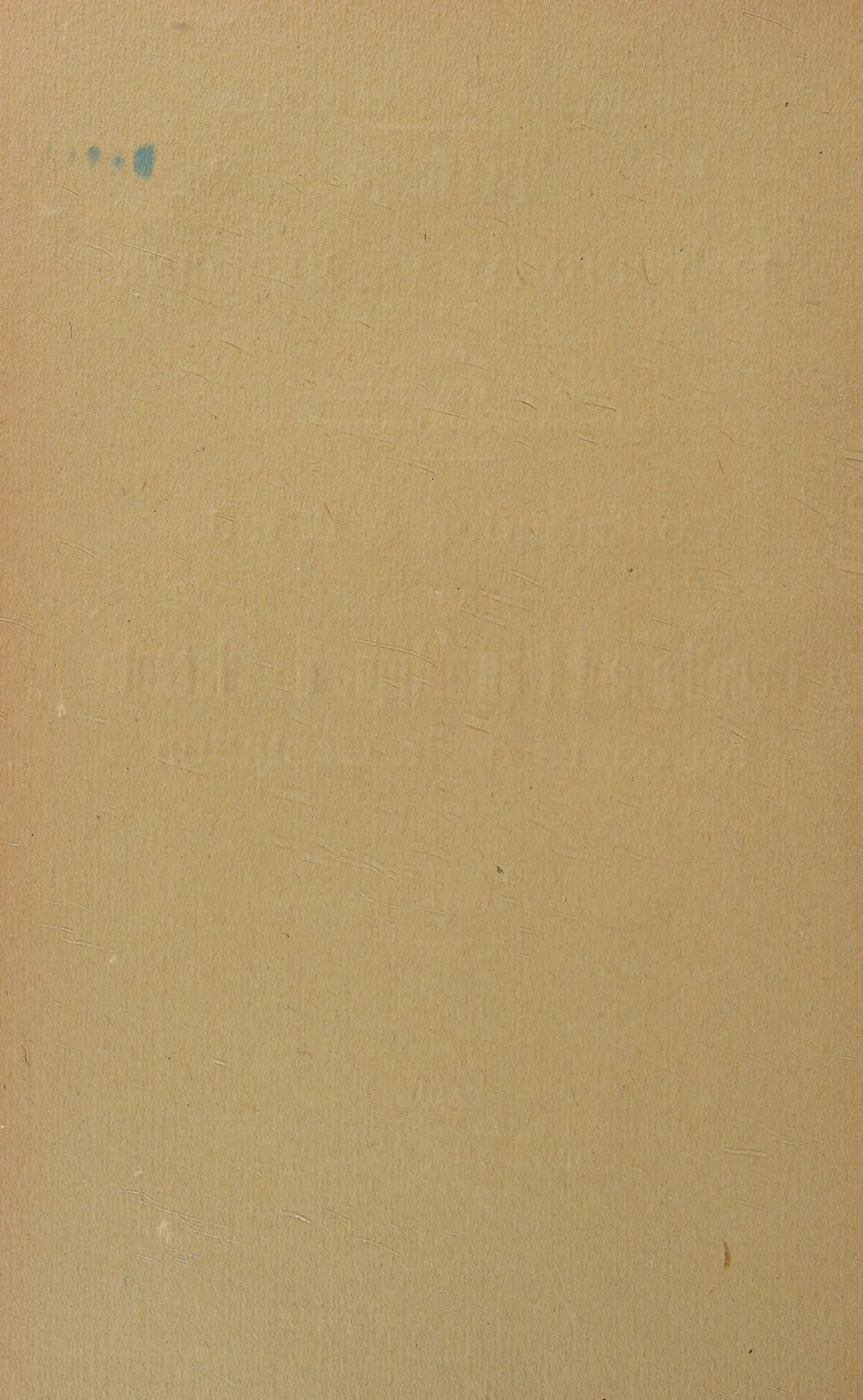
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Isaac H. GOLDENBERG

Né à Craïova (Roumanie), le 29 novembre 1906

Contribution à l'Étude

du

Décollement traumatique du Placenta

au cours de la Gestation

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomi	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN. . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.). Pathologie médicale.
 BROCC. . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ. . . Pathologie médicale.
 CADENAT. . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA. . Pathologie médicale.
 CHABROL. . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . Physique.
 DONZELOT. . Pathologie médicale.
 ÉCALLE. . . Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL. . Bactériologie.
 GATELLIER. Pathologie chirurgicale.
 GIROUD. . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HAZARD. . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF. . . Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MILLOT. . . Histologie.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 OBERLING. . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES. . . . Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET. . . . Physiologie.
 SANNIÉ. . . . Chimie biologique.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT. . . Obstétrique.
 LEQUEUX. . . Obstétrique.
 LEROUX. . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie
 RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . Clinique médicale.
 CHIRAY. . . Clinique médicale.
 DEBRÉ. . . Clinique médicale.
 DUVOIR. . . Clinique médicale.
 FIESSINGER. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LEVASTINE. Clinique mé-
 dicale.
 BASSET. . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MATHIEU. . . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . . Clinique chirurgicale.
 PROUST. . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ. Clinique chirurgicale.
 LE LORIER. . Clinique chirurgicale.
 LÉVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
 METZGER. . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
WEIL-HALLE	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de mon profond
amour filial.*

A MES FRÈRES ET SŒURS

NETTY et HENRICK SANFT

DOLLY et SOLLO WEISSMAN

PAULA et MARCU GOLDENBERG

LYDIA et JOSÉ GOLDENBERG

TINEL et ARMAND GOLDENBERG

*Ma très tendre affection et toute
ma reconnaissance.*

AU DOCTEUR AGNÈS PARTURIER

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACOMME

*Qui a bien voulu nous aider et
nous éclairer de ses précieux con-
seils, tous nos remerciements.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. RAVINA

*Qui a guidé nos premiers pas
dans la science obstétricale et qui
nous a toujours témoigné beaucoup
de bienveillance, notre très recon-
naissante et bien respectueuse gra-
titude,*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique obstétricale
Commandeur de la Légion d'honneur

*Nous le remercions du grand
honneur qu'il nous a fait en accep-
tant la présidence de cette thèse.*

Contribution à l'Étude
du
Décollement traumatique du Placenta
au cours de la Gestation

INTRODUCTION

Le terme de « décollement prématuré du placenta normalement inséré » qui semblait donner à la désinsertion du placenta la valeur d'un phénomène initial et prédominant, a été peu à peu abandonné en faveur de la désignation nouvelle d'hématome rétroplacentaire qui suggérait davantage le rôle primitif et essentiel de l'hémorragie dans l'immense majorité des cas où cet accident est lié aux troubles de la série pathologique : albumine, hypertension et éclampsie.

Une observation recueillie dans le service de M. le Professeur Couvelaire et une autre due à l'obligeance du D^r J. Ravina sont venu cependant nous confirmer récemment l'existence de décollements prématurés vrais, d'origine traumatique. A vrai dire cette existence n'a jamais été absolument niée et les traités d'obstétrique en font tous mention. Mais la plupart des auteurs considèrent les décolle-

ments traumatiques au moins comme très rares. Nos recherches nous ont en effet montré que les observations probantes sont très peu nombreuses, et nous avons trouvé intéressant de rassembler dans une étude d'ensemble celles que nous avons pu trouver dans la littérature médicale depuis 1900.

Les 9 observations que nous avons ainsi recueillies ont été classées en 2 groupes :

1^o Celles dans lesquelles l'étiologie traumatique paraît certaine ;

2^o Celles dans lesquelles le rôle du traumatisme est plus ou moins douteux.

OBSERVATIONS

I. — Observation recueillie dans le service de M. le Professeur Couvelaire

*Décollement du placenta consécutif à une version
par manœuvres externes.*

Mme R. B..., âgée de 23 ans, primipare.

Les antécédents héréditaires n'offrent rien d'anormal. Dans les antécédents personnels on note une rougeole. Elle a été réglée pour la première fois à 11 ans, ses règles furent régulières, abondantes, douloureuses pendant 4 jours. Pas d'antécédent de métrite.

Les dernières règles datent du 20 avril 1931. La gestation fut bien supportée, il n'y a pas eu d'albumine dans les urines, la femme a été suivie à la consultation de la clinique où le 18 décembre 1931 on lui fait une version par manœuvres externes, pour présentation du siège, suivie de la pose d'une ceinture abdominale. La version a été affectuée non pas très facilement mais sans difficulté réellement importante et sans qu'il ait été nécessaire d'exercer de gros efforts pour faire tourner le fœtus.

La femme revient le soir même parce que depuis le matin elle saigne, elle est restée sans traitement,

à son domicile, toute l'après-midi, présentant des hémorragies discontinues surtout après les contractions, non influencées par le repos au lit. Elle a eu plusieurs tendances syncopales.

Examen d'entrée à 17 h. 45 :

H. U. 28 cm. Tête en bas mobilisable ne prenant pas contact avec l'aire du D. S. Le dos est à gauche. Les bruits du cœur du fœtus sont lents. Des contractions utérines surviennent toutes les cinq minutes. Au toucher, le col est incomplètement effacé, perméable au doigt. Le doigt introduit dans l'orifice cervical permet de sentir :

1° Une poche des eaux intacte peu tendue ;

2° En arrière et latéralement une masse qui est considérée comme le bord placentaire, légèrement décollé à une distance de 1 à 2 cm. de l'orifice cervical.

3° A travers les membranes une petite tête élevée, mobile. On sent la fontanelle antérieure.

Examen général :

Femme très pâle, ne présentant pas de tendances syncopales, extrémités refroidies. Pouls à 60-70, lent, bien frappé. La tension artérielle est de 11/8 au Vaquez. Température 36°8. Urines normales.

On institue un traitement : sérum, caféine, huile camphrée.

A 21 h. 30, la femme était moins pâle ; elle était réchauffée. Le pouls était devenu régulier, bien frappé à 68. Les bruits du cœur fœtal ne sont plus perçus. L'hémorragie ne s'est pas reproduite.

Pendant la nuit, la femme a eu des douleurs relativement espacées.

Le lendemain matin, l'examen montre :

Une présentation mobile au-dessus du D. S. semblant être une tête. B. D. C. non perçus. La hauteur utérine est toujours de 28 cm. Les contractions utérines sont courtes, espacées, toutes les 7-8 minutes environ. Dans l'intervalle des contractions l'utérus présente une tension assez marquée.

Au toucher, la dilatation est de 5 fr. Tout l'orifice cervical est occupé par des membranes, mais cependant en arrière on sent une petite languette charnue qui paraît être du placenta.

Etat général satisfaisant. Pas d'hémorragie.

La tension de la paroi utérine, l'état d'anémie qui paraît plus sérieux que ne le comporterait l'hémorragie externe, la disparition concomitante des bruits du cœur fœtal, font penser à un décollement du placenta avec ou sans insertion basse. M. le professeur Couvelaire conseille une rupture large des membranes.

Cette rupture des membranes est pratiquée à 11 heures. Il s'écoule une petite quantité de liquide amniotique, rosé. Pas de méconium. Les contractions deviennent plus fréquentes, elles sont régulières et fortes. Température 38°1. Pouls à 92.

A 14 h. 15 accouchement normal d'un enfant mort-né, légèrement cyanosé, ne présentant pas de rigidité. Poids du fœtus 2.200 gr.

A 14 h. 50 délivrance naturelle, complète,

sans aucune hémorragie. Poids du placenta 520 gr.

Examen du placenta :

1° Un sac membraneux complet de 35 cm. sur 15 cm.

2° La face utérine du placenta présente une dépression allongée de 15 cm. sur 5 cm. environ, (sorte de demi-cupule) d'une profondeur de 1,5 cm. occupée par un caillot noirâtre, cohérent, pesant 110 gr. et dont le fond est représenté par des cotylédons aplatis.

3° Le cordon a une longueur normale, pas de circulaires.

L'examen histologique du placenta a montré :

1° Au contact du caillot la caduque est très amincie, elle est recouverte d'un léger enduit leuco-fibrineux, sans qu'il y ait toutefois infiltration inflammatoire. Au-dessus, les villosités sont comme tassées et l'on observe que celles qui sont coupées longitudinalement sont orientées obliquement par rapport à la surface placentaire.

2° En dehors des zones de contact du caillot, la caduque a une épaisseur normale, mais est discrètement infiltrée de cellules rondes, d'aspect lymphocytoïde. Les villosités, les troncs choriaux et le chorion sont normaux.

En somme : écrasement mécanique du placenta sous le poids du caillot.

Lésions inflammatoires discrètes de la caduque. Suites de couches normales, lochies non fétides.

Température à 37°. L'involution s'est faite d'une façon habituelle. La femme quitte la clinique complètement guérie.

Dans cette observation le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire est certain. Cette hémorragie n'est certainement pas, dans le cas particulier, un accident de la série pathologique, albumine, hypertension, éclampsie, puisque la malade n'a jamais présenté aucun trouble de cet ordre.

La survenue des accidents dans les heures qui ont suivi une version par manœuvres externes, pourtant effectuée, sans grosse difficulté, semble bien devoir faire considérer ce cas comme un cas de décollement traumatique du placenta. Il est possible que la légère infiltration, vraisemblablement inflammatoire de la caduque ait favorisé le décollement.

II. — Observation de M. le Dr Ravina.

Etrangère ne parlant pas un mot de français, on a cependant la notion d'une chute dans l'escalier, le jour même la femme arrive dans le service à l'hôpital Tenon, le 4 octobre 1929. A l'examen on trouve un utérus tendu de façon permanente et très dur. H. U. de 36 cm. Le palper ne donne aucun renseignement.

Au toucher on trouve le segment inférieur dur et distendu, le col est perméable au doigt, les mem-

branes sont intactes. On note une petite hémorragie de sang assez foncé par la vulve. L'auscultation des bruits du cœur fœtal est négative. L'état général de la femme est excellent, légère sensibilité de l'utérus. Urines normales, pas la moindre trace d'albumine, pas d'œdème T. A. un peu basse 11 1/2 7.

Le tableau est celui d'une hémorragie rétro-placentaire. L'absence de tout signe d'intoxication, l'absence d'albumine, la notion de chute font porter le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire traumatique.

On pratique la rupture artificielle des membranes. Les contractions apparaissent, régulières. La femme expulse en 5 heures un enfant mort-né, non macéré, en état de rigidité. Immédiatement après la sortie de l'enfant, expulsion du placenta et d'une grande quantité de caillots et de sang 110 gr. Le placenta paraît normal, pas d'infarctus, pas de dépression en cupule. Il paraît avoir été décollé en entier et d'un seul coup par le traumatisme

Les suites de couches ont été normales (Dr Ravina).

Dans cette observation, on ne peut pas nier le rôle du traumatisme dans la production de l'hémorragie, le fait à noter, c'est la conservation de l'état général malgré l'abondance de l'hémorragie, ceci s'explique par ce fait que dans les hémorragies rétro-placentaires traumatiques le facteur intoxication fait entièrement défaut. Le placenta paraît normal, pas de dépression en cupule... « parce qu'il a été décollé

en entier et d'un seul coup par le traumatisme... ». Mais aussi peut-être parce que entre l'accident et l'expulsion du placenta il ne s'est pas écoulé un temps très long.

III. — Observation de Barnes (1).

« Mon second cas s'est produit le 7 août 1880. Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, habituellement en bonne santé et qui a eu plusieurs grossesses antérieures. En même temps que mon collègue, le Dr Miller, je fus appelé chez elle. Nous la trouvons pâle et dans le collapsus, avec pouls rapide et lèvres exsangues. Elle était au huitième mois de grossesse; et son histoire est la suivante : une semaine auparavant, elle a souffert d'une diarrhée grave; et un matin elle est tombée du haut en bas d'un escalier. Elle put à peine se remuer ensuite. En arrivant au haut de l'escalier, elle tomba en faiblesse après avoir eu la sensation de défaillance et de vertige; cet état fut suivi de malaise, de froideur et d'une grande prostration. Nous avons vu la malade quatre heures environ après l'accident; elle avait déjà une défaillance qui durait depuis quelques moments. On avait alors l'impression immédiate d'une malade qui mourait à la suite d'une perte de sang. Cependant un examen fait avec le plus grand soin ne montrait aucun symptôme d'hémorragie, ni même le suintement d'une goutte de sang; c'est là le point le plus important sur lequel fut posé le diagnostic d'hémorragie méconnue.

L'intestin a fonctionné comme elle venait de se cou cher et depuis quelque temps nous hésitions à dire si c'était l'hémorragie ou le collapsus de la diarrhée qui

1. *On Concealed accidental Hemorrhage*. Lancet, London, 1881-1882 p. 1038, In Thèse de Lelong (*De l'hémorragie rétro-placentaire d'origine traumatique*, Paris, 1901).

avait produit cet « état de prostration » dans lequel nous avons trouvé notre malade. On ne percevait plus les battements du cœur du fœtus. L'examen vaginal révéla une présentation normale et un col de l'utérus qui ne laissait passer que le bout du doigt; le vagin était froid au toucher. Nous administrons de l'opium; mais le collapsus augmente, et la malade mourut deux heures après notre première visite où nous l'avions trouvée en état de syncope. Le jour suivant, j'ai fait un examen *post mortem* et l'état de l'utérus est la seule chose qui mérite mention. En ouvrant l'abdomen, j'ai observé une ecchymose sur la paroi antérieure de l'utérus, juste au-dessous et à droite de son point central. Cette ecchymose ne correspond pas manifestement à la contusion qu'on observe sur la paroi abdominale. En ouvrant l'utérus, le long de la ligne médiane, je tombe d'emblée sur le placenta qui était fixé sur la partie moyenne de l'utérus. Par en bas, il était décollé sur une étendue grande comme la paume de la main; la partie décollée correspondait exactement par sa situation à l'ecchymose. Entre la paroi de l'utérus et les membranes, je trouvais un immense amas de caillots et de sérum que j'expulsais et recueillis dans un bassin : il n'y en avait pas moins de quatre pintes. Les membranes étant restées intactes tout le temps, il ne se trouvait pas de sang mélangé au liquide amniotique. L'orifice du col de l'utérus était fermé à tel point qu'on ne pouvait y introduire le doigt qu'en employant la force. Le fœtus était bien nourri; *le placenta et l'utérus étaient sains.*

Dans ce cas, il paraît peu douteux, par suite de la coïncidence de l'ecchymose et du décollement partiel du placenta, que le décollement ne soit dû aux suites de la chute faite dans l'escalier au moment où la malade était déjà affaiblie par les effets de la diarrhée. »

Cette observation nous donne la première preuve anatomique du décollement traumatique. En effet,

il s'agit là d'une femme qui fait une chute dans l'escalier, qui présente le tableau complet d'une hémorragie interne et chez laquelle après sa mort, Barnes a pratiqué l'autopsie et a trouvé sur la paroi antérieure de l'utérus une ecchymose qui correspondait après l'ouverture de l'utérus, à l'endroit même du décollement placentaire.

IV. — Observation de Lepage (1).

Hémorragie rétro-placentaire consécutive à un traumatisme sur la région abdominale. Expulsion d'un fœtus mort non macéré, de quatre mois et demi environ.

M. Lepage présente un placenta qui sur sa face utérine est recouvert sur une assez large étendue de caillots noirâtres encore adhérents au tissu placentaire. La partie du placenta qui est masquée par ces caillots est déprimée, le tissu placentaire ayant été comme aplati, refoulé par les caillots; la zone de dépression est presque circonférentielle et mesure 7 centimètres sur 8 centimètres. Le placenta débarrassé des caillots pèse 175 gr.

Il a été expulsé le 21 avril par une femme âgée de 29 ans, enceinte pour la quatrième fois. Elle est habituellement d'une bonne santé et on ne relève rien d'important dans ses antécédents personnels. Les trois premiers accouchements ont été normaux; l'un d'eux a eu lieu un peu prématurément : les trois enfants sont vivants et bien portants.

Elle aurait eu quelque temps avant la grossesse, qui s'est terminée en 1899 par un accouchement prématuré,

1. Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, avril 1901, *In thèse de Lelong in extenso*, (*De l'hémorragie rétro-placentaire d'origine traumatique*. Paris, 1901).

une suppression de règles pendant trois mois. Elle aurait expulsé sans souffrances quelques caillots et ses règles seraient alors revenues normalement.

Le père est le même pour toutes les grossesses. Cette femme a eu ses dernières règles du 18 au 21 novembre; la grossesse a évolué normalement sans aucun incident notable. Elle aurait senti remuer son enfant à la fin de mars.

Le 20 avril dans la matinée, cette femme vaquait aux soins du ménage : elle était montée sur un tabouret qui bascula. Elle fut projetée assez violemment contre un buffet; son abdomen alla buter contre l'angle de ce meuble. La femme ressentit au niveau de la partie latérale droite de l'abdomen, un peu au-dessous d'une ligne horizontale passant par l'ombilic, une douleur très vive qui disparut au bout d'un quart d'heure.

Dans la journée, la femme peut reprendre ses occupations ordinaires; elle mange de bon appétit et ne ressent que par moments un vague endolorissement au niveau de la partie droite de l'abdomen. Pas d'écoulement sanguin par les organes génitaux.

La nuit est bonne. Le lendemain 21 avril, la femme se lève sans rien éprouver. En faisant son ménage, elle ressent tout à coup, vers 9 heures du matin, des douleurs assez violentes dans l'abdomen; elle se sent mouillée et constate qu'elle perd du sang rouge en assez grande abondance.

On la transporte à la Maternité de la Pitié à 11 heures du matin; ses linges sont inondés de sang rutilant. Elle éprouve des douleurs vives et presque continues au niveau de la partie inférieure de l'abdomen; l'utérus dont le fond remonte à 25 centimètres au-dessus du pubis est globuleux, très dur, en état de contraction permanente. Le col de l'utérus n'est pas effacé : il paraît long et fermé. L'auscultation des bruits du cœur du fœtus est négative. Température 36,5. Pouls 80. Injections vaginales chaudes. La femme ne perd plus de

sang. Elle est pâle, mais présente habituellement cette pâleur de la face.

A 12 h. 30, la situation reste la même. L'utérus ne se relâche à aucun moment; la femme accuse une douleur assez vive et permanente du côté droit de l'abdomen. Pas d'écoulement sanguin; le col est en voie d'effacement.

A 3 heures du soir, dilatation d'un franc.

A 4 heures, la femme demande le bassin. Elle fait un effort, la tête du fœtus, coiffée par les membranes déchirées sur le côté, apparaît à la vulve. L'expulsion se fait en un instant : le fœtus, du sexe masculin, est mort, non macéré. Il présente une teinte rougeâtre uniforme; le cordon n'est pas du tout infiltré. Le fœtus pèse 480 grammes. Il semble bien que la mort du fœtus soit de date récente.

Dix minutes après l'expulsion du fœtus, le placenta se présente à la vulve; il s'échappe en même temps quelques caillots noirâtres. Température 36,6. Pouls 70. Une irrigation vaginale chaude, prolongée, arrête l'écoulement sanguin qui est abondant. Le placenta pèse 175 grammes, caillots non compris.

A 6 h. 30, la femme perd un peu de sang : on lui refait une injection vaginale chaude. Pouls 94. Pâleur de la face. Décoloration des muqueuses, lèvres et conjonctives. Pouls petit. Nausées. En raison des signes d'hémorragie grave, on fait une injection sous-cutanée de 800 grammes de sérum artificiel.

A 8 heures du soir, la femme se trouve bien; elle ne perd pas de sang; pouls 78. A 1 heure du matin, pouls 90, bon état général. Les urines examinées avec soin ne contiennent pas trace d'albumine.

24 avril. — La femme n'est plus pâle; elle a un aspect général bon, très différent de celui qu'elle présentait à l'entrée. »

Dans les considérations qui suivent cette obser-

vation, Lelong fait remarquer que toutes les autres causes de décollement placentaire ont été envisagées et systématiquement éliminées, et que M. Lepage qui a pensé, étant donné l'âge de la grossesse, à des manœuvres abortives, a interrogé à ce sujet la malade qui a nié toute tentative de ce genre.

V. — Observation de M. Champetier de Ribes (1).

Hémorragie rétro-placentaire déterminée par un traumatisme à sept mois et demi d'une grossesse jusqu'alors normale.

V..., 21 ans, ouvrière, bonne santé habituelle.

Première grossesse : se termine en août 1897, par l'accouchement à terme, spontané, d'un enfant vivant. Pas d'albumine dans les urines, suites de couches normales.

Deuxième grossesse : les dernières règles datent de la première semaine de mars 1898; la grossesse évolue sans incident jusqu'au 30 octobre 1898 (7 mois et demi).

Le 30 octobre, vers une heure de l'après-midi, elle se cogna très violemment contre l'angle d'une table; le traumatisme avait porté sur le côté droit du ventre. Elle tomba sans connaissance, mais revint rapidement à elle. Depuis ce moment, elle souffre d'une façon continue; le maximum des douleurs est rapporté à la région traumatisée. Elle ne perçoit plus les mouvements actifs du fœtus. Elle ne perd ni sang, ni eau.

Le 31 octobre, à 9 heures du matin, elle entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu annexe.

1. Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, 10 juin 1901. In thèse de Lelong (*De l'hémorragie rétroplacentaire d'origine traumatique*, Paris, 1901).

C'est une femme de taille moyenne, bien en chair. Elle est pâle, mais n'a pas le teint des anémies aiguës graves. Le pouls est bien frappé, mais fréquent, 104 pulsations à la minute; la température axillaire est de 36°8.

Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

L'examen du ventre montre dans la région sus-pubienne droite, à égale distance de l'ombilic et de la symphyse, tout près de la ligne brune, une ecchymose ayant l'étendue d'une pièce de 5 francs. Sous cette ecchymose, on ne sent aucune collection sanguine; le palper de cette région est particulièrement douloureux. Le fond de l'utérus remonte à 33 centimètres au-dessus du pubis, hauteur qui n'est pas en rapport avec le terme de la grossesse (7 mois et demi environ).

Sa forme est régulière, sa direction générale longitudinale; sa consistance est ligneuse dans toute son étendue. Dans le bloc dur que forme l'utérus, il est impossible de sentir aucune partie fœtale. L'auscultation est négative.

Par le toucher, on arrive sur un col long, perméable jusqu'à l'orifice interne qui est fermé. Le segment inférieur est dur, tendu, enfoncé dans l'excavation. A travers ce segment inférieur on devine plutôt qu'on ne sent un pôle fœtal qui paraît être une tête. Pas une goutte de sang ne sort des parties génitales.

La femme se plaint d'une façon continue; mais par moments et à intervalles assez réguliers, ses souffrances s'exaspèrent, toujours rapportées à la région traumatisée. Le palper pendant ces exacerbations ne fait percevoir aucune modification dans la consistance de l'utérus.

Le diagnostic posé est celui d'hémorragie intra-utérine rétro-placentaire traumatique, avec enfant vraisemblablement mort et poche des eaux intacte.

La journée du 31 octobre et la nuit du 31 octobre au 1^{er} novembre se passent sans incident nouveau. Les douleurs cependant deviennent plus vives et plus régulières pendant la nuit.

Le 1^{er} novembre, à 6 heures du matin, on constate que le col est en voie d'effacement; à 9 heures, il est presque complètement effacé; à 4 heures de l'après-midi, la dilatation est grande comme 1 franc et on sent les membranes intactes tendues; depuis midi est apparu un léger suintement sanguin continu; à 6 h. 15 expulsion brusque de gros caillots noirs anciens dont le poids est de 333 grammes; immédiatement derrière eux sort spontanément la tête du fœtus dont on dirige l'expulsion. Pas de circulaires. Le fœtus, du sexe masculin, pèse 1.900 grammes; il est frais mort, son autopsie a été macroscopiquement négative.

Le placenta est déjà presque entièrement dans le vagin, mais les membranes sont encore en partie adhérentes, retenues dans la cavité utérine. La femme ne perd pas. On lui donne une injection vaginale chaude et on laisse la délivrance se terminer spontanément. A 9 h. 1/2, le délivre complètement décollé est extrait. La cavité utérine est explorée dans toute son étendue, elle ne présente rien d'anormal. Quelques caillots noirs anciens et des débris de membranes sont enlevés. Enfin on fait un badigeonnage intra-utérin à la teinture d'iode, suivi d'une irrigation avec 10 litres d'une solution de lysol à 1 pour 100.

Les suites de couches furent apyrétiques. Pendant quelques jours encore, la femme accusa au niveau de son ecchymose une douleur assez vive à la pression. Puis tout rentra dans l'ordre et le 12 novembre, elle quitta la Maternité en parfait état.

1^o Des urines normales.

2^o Longueur normale du cordon (53 cm.) sans circulaire.

3^o La notion de l'accident, permettent d'une manière précise de considérer cette observation

comme un exemple pur de décollement traumatique du placenta.

VI. — Observation du Docteur A. Brisset,
Assistant accoucheur
à la Maternité de Montréal.

Hémorragie double interne et externe (1).

Mme X..., âgée de 23 ans, au commencement du septième mois de sa grossesse, le 4 juin 1908, vers 9 heures du matin, monte sur une chaise et de cette chaise sur une table pour remonter une pendule; voulant redescendre par le même chemin elle s'aperçoit au moment où elle allait poser le pied sur la chaise, que son jeune bébé avait les mains sur le siège de cette chaise; alors, trop tard pour s'arrêter et instinctivement ne voulant pas faire de mal à l'enfant, elle enjambe la chaise par-dessus le dossier sur lequel elle tombe à cheval. Aussitôt, d'après ce que raconte son entourage, un filet de sang inonde ses vêtements et fait sur le plancher une large tache dont il est difficile d'apprécier l'étendue.

On couche immédiatement la malade qui continue à perdre en abondance, et sans plus tarder on fait demander le médecin de la famille, M. le Dr G..., qui arrive quelques instants après, vers 9 h. 30 environ.

Au premier examen M. le Dr G..., constate l'abondance de l'hémorragie, la pâleur de la face et des téguments, le refroidissement des extrémités, menace de syncope, etc...

Le pouls varie entre 90 et 100, l'abdomen n'est pas douloureux, la hauteur de l'utérus correspond bien à l'âge de la grossesse, deux travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic.

1. *Union Medical Canada*, 1908, p. 510-513.

La malade se plaint de faiblesses, elle dit qu'elle voit trouble et qu'elle a de temps en temps des mouches volantes devant les yeux; elle a quelques vomissements.

Pour aller au plus pressé, M. le Dr G... fait mettre la malade en position déclive et fait appliquer sur le ventre et entre les jambes des serviettes d'eau glacée. L'hémorragie commence alors à diminuer pour cesser bientôt complètement. Vers midi, M. le Dr G... constate que le ventre augmente de volume, l'utérus, de 2 travers de doigt qu'il était lors de l'accident, est remonté à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le poulx reste autour de 100 et la malade se plaint souvent de faiblesses. Craignant alors et avec raison, une hémorragie interne par suite d'un décollement placentaire, et devant la gravité du cas, désirant l'avis d'un confrère, M. le Dr G... me fait alors l'honneur de me demander. Ayant pris rendez-vous pour 2 heures, je fus présenté à ce moment à la malade et je fis avec mon confrère un examen sérieux.

A l'inspection, nous constatons un abdomen d'une grosseur d'environ huit mois, très tendu mais peu douloureux; la patiente supporte très bien le palper qui donne un O. I. G. A. Le cœur de l'enfant est à 120 et bien frappé. Le toucher ne donne aucun renseignement; le col est très mou, c'est le col des multipares. L'orifice externe laisse passer le bout de l'index qui est arrêté par l'orifice interne très dur et très fermé. L'œuf est intact. Les culs-de-sac sont souples et libres, pas une goutte de sang ne tache le doigt explorateur.

Cependant, l'état de la malade est loin de s'améliorer, le poulx est au-dessus de 100, le faciès est exsangue, la syncope est à craindre, le ventre augmente de volume. Il n'y a plus à hésiter, la malade saigne de son utérus, il faut se hâter d'intervenir pour la sauver.

Nous décidons alors, mon confrère et moi, de provoquer l'accouchement ou plutôt de faire l'accouchement forcé séance tenante. Nous préparons tout ce qu'il faut

pour l'opération que nous commençons à 4 heures environ.

La malade mise sous chloroforme, je commence par faire la toilette des organes génitaux. Or, en écartant les grandes lèvres, je constate une large et profonde déchirure en culs-de-sac de la région du clitoris; à ce moment, une abondante hémorragie recommence, venant sans doute de la clitoridienne, donnant dans l'intérieur des tissus lacérés et déchiquetés. J'essaie alors à plusieurs reprises et sans succès de pincer l'artère, et cinq points de suture de la plaie ont seuls raison de cette hémorragie. Je fais en outre deux points de suture sur la grande lèvre droite perforée comme un emporte-pièce.

Maître alors de l'hémorragie externe, j'introduis ma sonde dans la vessie et je retire 700 à 800 gr. d'urine. Je constate alors que l'abdomen est considérablement diminué de volume et que l'utérus est revenu presque à sa hauteur normale.

Le poulx est moins fréquent et moins dépressible, si bien que nous sommes amenés à refaire notre diagnostic, pensant que l'utérus n'était remonté que par réplétion de la vessie et qu'il n'y avait d'hémorragie que celle constatée aux organes génitaux externes. Nous abandonnons alors notre intervention pour interrompre la grossesse; on cesse le chloroforme et la malade est remise dans son lit.

Mais hélas, tout ne devait pas se passer aussi heureusement que nous l'espérions. Un quart d'heure environ après cette première intervention, le ventre recommence à se ballonner, l'utérus monte à 5 ou 6 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, se contractant souvent, le poulx s'élève de 100 à 120, puis bientôt à 140; il est petit et dépressible; il n'y a plus à hésiter il faut faire l'accouchement et le faire vite.

La malade remise sous chloroforme, j'introduis ma main et je commence la dilatation forcée du col. Aussitôt que je peux introduire deux doigts, je continue la

dilatation par la méthode du Professeur BONNAIRE, qui consiste à attirer le col près de la vulve et à faire la dilatation avec les deux index des deux mains, en les éloignant progressivement l'un de l'autre.

L'orifice interne très dur et très résistant, demande une heure et quinze minutes pour permettre l'introduction de la main dans l'utérus.

Je crève alors la poche des eaux, et l'enfant saisi par un pied je fais la version. Extraction on ne peut plus facile. Sans plus tarder, je vais alors chercher le placenta décollé en partie et suivi d'énormes caillots de sang dus à une hémorragie rétroplacentaire par suite du décollement du placenta produit par la chute de la malade.

Une injection intra-utérine très chaude, une injection sous-cutanée d'ergotine et le massage de l'utérus eurent vite raison d'un commencement d'hémorragie *post partum*. La matrice se contracte bien, le pouls est bon, bien frappé et beaucoup moins rapide. Je laisse alors la malade aux bons soins de mon confrère. Il était alors 7 h. 30 du soir.

J'ai revu depuis M. le Dr G... qui a bien voulu me donner des nouvelles de sa malade. Les suites de sa maladie ont été absolument normales, pas un degré de température, mais un peu de faiblesse causée par ces pertes considérables de sang, sans autres inconvénients. »

Dans cette observation, on n'a ni l'examen des urines, ni l'examen du placenta, mais le rapport de cause à effet est tellement évident qu'on peut penser que le traumatisme est bien la cause du décollement, cependant, comme on n'a pas de précisions sur les antécédents de la femme, on peut se demander si elle avait ou non des lésions d'endométrite.

VII. — Observation
des Docteurs Snock et Ingelbrecht.

*Décollement d'origine traumatique
d'un placenta normalement inséré (1).*

« Le 4 juin 1928, se présente à la consultation prénatale du Service du Professeur Coq, Mme V..., âgée de 18 ans, primipare. Les antécédents héréditaires n'offrent rien d'anormal. La menstruation a toujours été régulière, jamais douloureuse. Elle n'a jamais présenté de pertes; son état général est florissant; elle supporte facilement sa grossesse.

L'examen obstétrical nous montre un utérus de sept mois, indolore, régulièrement développé. Bruits fœtaux positifs. Toucher normal. Albumine et sucre : 0.

Elle nous revient le 2 juillet se plaignant de douleurs continues dans le bas-ventre. La veille, en soulevant un panier rempli de linge, elle a été prise d'une vive douleur avec malaise général consécutif. L'examen obstétrical ne révèle rien : utérus de huit mois, développement normal, ni contracture, ni contractions. Indolence sauf au bord droit. Toucher négatif; pas de pertes, pas d'anomalies.

Aucun signe d'intoxication gravidique : ni céphalée, ni vertige, ni troubles oculaires, ni digestifs. Albumine : 0.

Cependant l'aspect fatigué et anémié de la malade nous incite à lui prescrire le repos en décubitus avec conseil de rentrer dans le Service si les douleurs ne passent pas.

Le lendemain, à 1 h. 30, la malade nous est amenée d'urgence. Son aspect général est peu brillant. La pâleur s'est accentuée. Les muqueuses sont décolorées, le poulx est petit, à 103; température normale; albumine : 0. La

famille nous apprend qu'après son retour au domicile les douleurs ont été de plus en plus vives. La pâleur que l'entourage avait remarquée le jour de l'accident s'était accentuée. Il n'y a eu aucune hémorragie vulvaire, à peine quelques glaires sanguinolentes.

Les contractions utérines sont difficiles à différencier, l'utérus étant en contracture sans être « de bois », son volume est normal. Les bruits fœtaux sont audibles. Le col est effacé, dilaté comme une petite paume, le sommet amorcé en O. I. G. A. Membranes intactes. L'alumine et le sucre sont toujours négatifs. A 12 h. 13, rupture artificielle de la poche des eaux. Liquide amniotique clair. Devant l'état relativement avancé du travail et l'aspect de la malade, nous décidons l'expectative avec surveillance de la malade. Les douleurs, peu après la rupture redeviennent plus rythmées et à 14 h. 35, naît un enfant de 2 kgr. 300, criant dès la naissance. Il existait une circulaire assez lâche. La longueur du cordon est normale. Le placenta suit, trente-cinq minutes après. Il présente l'aspect caractéristique du placenta après décollement prématuré, dépression en cupule, grande comme une paume de main, occupée par un caillot. Les membranes sont complètes, et l'orifice des bords placentaires, et ce dans tous les rayons.

Les suites de couches sont agitées à cause d'une pyélite à coli, mais le douzième jour tout rentre dans l'ordre et la mère et l'enfant nous quittent en parfaite santé. »

Cette observation est suivie d'une discussion relative à l'étiologie de ce cas que nous croyons nécessaire de reproduire en entier. « Quelle peut être l'étiologie dans ce cas ? Circulaire et brièveté du cordon ? C'est là un mécanisme connu de Mauriceau et souvent invoqué. Mais les signes d'hémorragie, les douleurs ont précédé de deux jours les contrac-

tions. Toxémie gravidique ? Il n'en existe aucun signe, ni objectifs : albumine, œdème ; ni subjectifs : céphalée, troubles visuels, troubles gastriques, malaise général. Endométrite ? peut-être, mais la malade n'a jamais présenté de troubles gynécologiques ; et que d'endométrites sans décollement rétroplacentaire !

Il ne reste plus à invoquer que le traumatisme.

Effort violent ayant déterminé une petite hémorragie qui s'est poursuivie lentement pour ne déclencher le travail qu'au bout du deuxième jour. C'est ce qui expliquerait l'évolution, somme toute peu dramatique du cas et sa durée relativement longue.

Quant au mécanisme de l'hémorragie du début ? Peut-être faut-il le trouver dans un coup d'hypertension, tel que le produit l'effort « de soulever un fardeau ». On connaît en effet, l'effet hypertenseur de la contraction utérine et de la tension brusque de la sangle abdominale. »

De ce cas où le traumatisme est provoqué très probablement comme Snoch et Ingelbrecht le pensent, par la mise en tension brusque de la sangle abdominale, on peut rapprocher le cas rapporté par Bonnaire et dans lequel une femme enceinte en train de laver du linge, vit près d'elle un malheureux être amputé des doigts. Bonnaire se demande s'il n'y a pas eu, outre l'effroi ressenti par la malade, une compression de l'utérus produite par la paroi musculaire de l'abdomen, dans un brusque redressement du tronc (Tarnier-Budin).

VIII.— Observation de M. le Dr Walthard (1).

Primipare, âgée de 27 ans. Dans le courant de la trente-cinquième semaine de sa grossesse, victime d'un accident de la route, elle fut tamponnée par un cycliste et tomba sur la barre de direction.

Elle éprouva au moment même de l'accident une douleur abdominale, qui toutefois ne l'empêcha pas de retourner chez elle. Ce n'est que huit jours après, qu'elle remarqua une augmentation du volume de son ventre en même temps que des douleurs de plus en plus fortes, des coliques utérines et une hémorragie légère faisaient leur apparition.

A l'examen, on constate :

Tous les signes d'un décollement prématuré :

volume anormalement gros de l'utérus,
contracture tétanique, disparition des bruits du cœur,
signes d'hémorragie interne.

Une élévation de la température à 39° a été conditionnée, ainsi qu'on l'a vu plus tard, par une cholécystite suppurée, laquelle dut être traitée par une cholécystostomie ultérieure.

La césarienne vaginale permit d'avoir un enfant prématuré pesant 2 kgr. 500, en même temps qu'un placenta complètement décollé et de nombreux caillots. Sortie après guérison complète.

Le placenta présente dans sa partie centrale une dépression de la grandeur d'une pièce de 5 francs et de là vers la périphérie une partie progressivement dépolie.

La malade ne présentait pas de marques externes de contusion et elle n'était pas hypertendue.

Cette observation nous prouve que quelquefois le décollement se réalise petit à petit et que l'hé-

1. *Schweitzer Med. Wochensch.*, 1927, p. 212.

matome, dans le cas présent, s'est constitué pendant huit jours, et que c'est seulement à partir de ce moment que la femme a présenté des signes cliniques de décollement placentaire.

IX.— Observation de M. le D^r Julius Kurzroch (1).

Rapport sur un cas de toxémie gravidique
et d'une hémorragie traumatique
suivie de constatation d'autopsie.

« Mme L. P..., de couleur, 30 ans, fut admise dans le Service d'accouchement de l'Hôpital Harlem, le 31 août 1928 à 6 heures du soir. Dans ses antécédents rien d'intéressant. Elle avait eu trois grossesses, toutes finissant par accouchement et délivrance à terme et normaux. Dernière grossesse, de sept mois et demi, pour laquelle elle n'a pas été suivie à l'hôpital.

Trois jours avant son admission dans le Service, elle était tombée de quelques marches sur le devant de la maison, se contusionnant les deux genoux; aucune complication immédiate. Le jour de l'admission, la patiente vomit, eut une légère hémorragie par le vagin et quelques douleurs abdominales. A première vue, la malade paraissait en état de choc modéré, la température était de 39°, le pouls de 120 et bien frappé, sa tension artérielle 24/18, l'examen physique négatif. Le volume de l'utérus, correspondait bien à une grossesse de sept mois et demi, il était extrêmement dur, comme du bois, douloureux au palper, rendant impossible l'examen du fœtus. Le cœur fœtal ne pouvait pas être entendu. La femme accusait des douleurs fortes et continuelles, elle présentait une petite hémorragie par le vagin.

1. *Am. Journ. Obst. and Gynec.*, janvier 1930, p. 111-112.

Par le toucher on trouve un col dilaté de 2 doigts sans signe de placenta prævia. Par le cathétérisme on a obtenu 100/150 grammes d'urine dont l'analyse a montré une grande quantité d'albumine et de cylindres hyalins. L'examen du sang montra 4.200.000 globules rouges. Le diagnostic de décollement prématuré du placenta normalement inséré fut fait. Un ballon De Ribes, n° 4 fut immédiatement introduit et il fut expulsé en cinq minutes; le col avait à ce moment une dilatation de 4 doigts. Les membranes furent rompues artificiellement et une quantité formidable de sang fluide s'échappa. Les contractions utérines deviennent vigoureuses et la patiente expulse rapidement le fœtus pesant 3 livres 9 onces (1.500 gr.).

Le placenta complètement décollé fut trouvé libre dans la cavité utérine; il fut enlevé et on y constata de gros caillots. L'utérus reste mou et la femme saigne abondamment. De la pituitrine, du gynergène sont donnés par voie hypodermique; l'utérus et le vagin furent remplis de gazes, et on fit 1.500 cmc. de sérum physiologique en piqûre intra-veineuse. Deux heures plus tard, on lui fait une transfusion de 500 cmc. de sang. Malgré le traitement la femme a un écoulement continuels à travers le tamponnement.

A 11 heures du soir, c'est-à-dire 5 heures après l'admission, la pression artérielle était de 11/8. Le pouls à 140 et irrégulier, et l'état général de la malade était mauvais; l'utérus était mou et remontait jusqu'au rebord costal. Les pansements furent ôtés. L'hémorragie cessa vite et l'utérus rétracté remontait jusqu'à un doigt au-dessus de l'ombilic.

La tension artérielle était de 7/4. De nouveau 500 cmc. de sang citraté furent donnés par voie intra-veineuse et puis 1.000 cmc. d'une solution glucosée à 5 % furent donnés sous la peau.

Le matin suivant, la patiente était dans le coma; sa pression artérielle était de 10.8/8, le pouls à 150 et

la température à 39°5. La malade fut plusieurs fois cathétérisée dans la journée, mais aucune urine ne fut obtenue. L'utérus était solidement rétracté, et remonté jusqu'à l'ombilic. Pas d'hémorragie. Le deuxième jour, après l'expulsion de l'enfant, une paralysie flasque des deux membres inférieurs s'installa.

Les vingt-quatre heures suivantes, le coma continuait. La femme était agitée, la température restait élevée et le pouls était rapide; 5 cmc. d'urine trouble furent obtenus par le cathétérisme. L'analyse y montrait une grande quantité d'albumine et du sang; on n'a pas trouvé de cylindres.

A 6 heures du soir le quatrième jour après l'accouchement, la femme meurt.

Une autopsie fut faite, le foie était strié par des foyers hémorragiques multiples; ils étaient surtout nombreux sous la capsule du foie. L'utérus montrait aussi des hémorragies macro et microscopiques, sous le péritoine et à travers les muscles. Les fibres du muscle utérin étaient séparées par du sang infiltré. L'hémorragie s'étendait jusqu'aux ligaments larges, les reins étaient congestionnés et enflammés.

L'intérêt de cette observation réside dans le fait qu'on y trouve réunies les deux causes de décollement, intoxication et traumatisme. Mais les résultats de l'autopsie ne laissent guère de doutes sur la nature de la cause essentielle; de toute évidence la toxémie a joué le rôle prépondérant ainsi que le prouve la diffusion des accidents hémorragiques.

L'histoire clinique d'ailleurs qui ne comporte qu'un traumatisme bénin suivi d'une période absolument silencieuse de trois jours concorde bien avec les données anatomo-pathologiques.

COMMENTAIRES

Sur les 9 observations que nous avons rapportées les cinq premières seulement concernent des décollements traumatiques indiscutables. Nos commentaires ne s'appuieront que sur ces cinq observations.

Les traumatismes ont été des plus divers depuis les chutes graves des malades de Barnes et de Champetier de Ribes, immédiatement suivies de défaillances syncopales, jusqu'à la simple version à peine difficile n'entraînant aucun trouble immédiat de l'observation de M. le Professeur Couvelaire. Rien ne nous autorise à admettre que l'action du traumatisme a été exagérée par des causes susceptibles d'avoir favorisé le décollement placentaire. Certains ont accusé « l'endométrite ». Sauf dans le cas de M. le Professeur Couvelaire aucun examen histologique n'a été pratiqué et dans ce cas les lésions de la caduque sont bien légères pour être retenues.

La symptomatologie du décollement traumatique est suffisamment nette pour qu'on ait posé le diagnostic dans tous les cas. L'accident, suivi immédiatement ou à brève échéance d'accidents d'emblée graves ou progressivement aggravés a toujours attiré l'attention sur la possibilité d'une hémorragie interne. Les signes locaux : tension de la paroi

interne, plus souvent que dureté ligneuse vraie, la disparition des bruits du cœur et parfois l'augmentation du volume de l'utérus, sont des signes assez caractéristiques pour éviter les erreurs de diagnostic.

Le pronostic de décollement traumatique, qui détermine chez une femme saine une hémorragie limitée à l'espace inter utéro-placentaire, paraît nettement moins grave que celui des accidents hémorragiques liés à une toxémie, qui frappent des femmes malades et peuvent affecter une topographie diffuse dépassant même la sphère génitale.

Dans les observations recueillies, une seule malade est morte, celle de Barnes, qui avec les ressources chirurgicales actuelles aurait peut-être pu être sauvée. Toutes les malades se sont comportées comme des femmes atteintes d'anémie aiguë hémorragique et la gravité de leur état semble avoir été toujours proportionnée à la quantité de sang perdu. A ce point de vue ces malades ressemblent beaucoup plus aux femmes atteintes d'hémorragies par insertion vicieuse du placenta qu'aux femmes atteintes d'hématome rétro-placentaire toxémique. Cette ressemblance se retrouve même dans la marche du travail ; sauf la malade de Barnes qui a été tuée par une hémorragie considérable, presque toutes les femmes après ou sans le secours d'une rupture prématurée des membranes, ont accouché facilement. En aucun cas on ne trouve mentionné ce trouble profond de la contractilité caractérisé par une dureté ligneuse persistante et une impotence fonctionnelle plus ou moins com-

plète de l'utérus qui chez les albuminuriques vient assez fréquemment traduire l'existence d'une apoplexie utérine.

Au total, l'évolution des accidents liés au décollement traumatique se rapproche beaucoup plus des accidents liés au décollement spontané d'un placenta inséré sur le segment inférieur, que de ceux qui accompagnent les décollements liés à un raptus hémorragique d'origine toxémique. Cette considération justifie dans une certaine mesure la description de cette entité clinique sous le nom de décollement prématuré du placenta normalement inséré, entité dont un au moins des facteurs étiologiques est représenté par le traumatisme.

CONCLUSIONS

1° L'étiologie traumatique de certains décollements placentaires au cours de la gestation paraît démontrée par quelques rares observations ;

2° Les examens anatomiques et histologiques susceptibles de révéler les conditions favorables à l'action du traumatisme manquent presque complètement. La faible intensité apparente du traumatisme dans certains cas, a permis d'émettre l'hypothèse que son action a été favorisée par des dispositions ou des lésions anatomiques particulière (« Endométrite »).

3° La symptomatologie du décollement traumatique ne diffère de la symptomatologie des hématomes rétroplacentaires liés à une « toxémie albuminurique » que par l'absence des signes de cette « toxémie ». Le diagnostic étiologique repose autant sur l'exclusion de toute « toxémie » que sur la notion du traumatisme ;

4° Le pronostic vital est lié exclusivement à l'abondance de l'hémorragie ; l'évacuation spontanée de l'utérus, qui n'est pas troublée par la pré-

sence des lésions d'apoplexie utérine, est assez souvent rapide. Cette évolution rapproche, dans une certaine mesure, les accidents liés au décollement traumatique de ceux qui sont liés au décollement spontané d'un placenta inséré sur le segment inférieur.

Vu : le Président de thèse,
COUVELAIRE.

Vu: le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

